

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

☐ Ambulant

☐ Stationär

☐ IGeL

☐ AOP § 115

☐ Privat (s. Rückseite)

☐ § 116

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐ Kurativ

☐ Präventiv

☐ bei belegärztl. Behandlung

☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Versandmaterial gewünscht?

Versandgefäße

2 ml

20 ml

50 ml

100 ml

250 ml

500 ml

750 ml

1.000 ml

2.000 ml

Objektträger

mit Mattrand

Begleitscheine

☐ Histo (allg.)

☐ Mamma

☐ Gastro

☐ Leber

☐ Knochenmark

☐ Haut

☐ Zyto (Gyn.)

Versandtüten

☐ groß

☐ klein

Sonstiges:

41 04628 00

MVZ IPZM

Neue Kasseler Straße 23 a

35039 Marburg

Tel. (06421) 870042

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt

Klinische Angaben/Fragestellung/Entnahmestelle:

	Brust rechts	Brust links
Mamillensekret	klar	klar
	trüb	trüb
	blutig	blutig
Zystenpunktat ml	klar	klar
	trüb	trüb
	blutig	blutig
Entfernung zur Mamille	cm	cm
Lokalisation	Uhr	Uhr
Entzündungszeichen	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Sonstiges (z.B. Konsistenz)		